

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA
Polisportiva Garegnano 1976

Via Lampugnano, 80 - 20151 Milano - Tel. 02 33.49.74.85 - CF/P.IVA: 07841770964

modulo Socio
maggiorenne
2018/2019

Io sottoscritto/a:

Cognome		Gr. princ.	Cod. Famiglia
Nome		M / F	(Maschio/Femmina)
nato/a a	Città o Stato Estero	Sigla prov.	Data di nascita
residente in	Città	Sigla prov.	Cap
Via / p.zza - numero civico		Codice fiscale	
Telefoni (cellulare-fisso-fax)			
E-mail			

chiedo l'ammissione a Socio della A.S.D. Polisportiva Garegnano 1976 per l'anno sociale 2018/2019; allo scopo, dichiaro:

- di avere preso completa ed attenta visione dello statuto sociale, del codice etico e delle norme particolari che disciplinano la partecipazioni alle attività organizzate o promosse dall'Associazione, approvandoli incondizionatamente;
- di non trovarmi in alcuna delle condizioni di esclusione previste dallo statuto sociale;
- di impegnarmi ad attenermi ai regolamenti ed alle ulteriori disposizioni approvate dal Consiglio Direttivo o dall'Assemblea dei Soci, nell'ambito delle rispettive competenze;
- che i dati personali sopraindicati, così come eventualmente da me corretti, sono veritieri;

e allego la/e seguente/i quota/e (non rimborsabile/i in caso di rinuncia):

- € 15,00 quale contributo associativo (comprensiva di assicurazione RCT)
- € 15,00 quale quota assicurativa contro infortuni

Richiedo, nel contempo, l'iscrizione alle sottoindicate attività, alle condizioni stabilite dall'Associazione per il relativo esercizio sociale:

versando € 30,00 quale contributo in acconto per ciascuna attività richiesta (non rimborsabile in caso di rinuncia):

attività 1	<input type="checkbox"/>	
attività 2	<input type="checkbox"/>	
attività 3	<input type="checkbox"/>	

oppure versando l'intero contributo previsto per la frequenza all'attività o alle attività richiesta/e (*)

(*) in caso di rateizzazione mi impegno a saldare tutte le rate dovute, entro le scadenze previste, anche in caso di recesso dalle attività per qualunque motivo.

Chiedo inoltre l'applicazione delle condizioni particolari concordate in quanto socio del seguente Ente Convenzionato:
(contrassegnare con una crocetta il codice numerico dell'Ente Convenzionato)

[1] (Coop. E.Co.Polis) - [2] (Tiro a Segno Nazionale) - [3] (Soc. Coop. Abitare) - [4] (Coop. Labriola)

Consenso al trattamento dei dati personali D.Lgs. 196/03

Pienamente informato ai sensi dell'art.13 del Codice della privacy, esprimo il mio consenso, ai sensi dell'art. 23, al trattamento dei dati personali con particolare riferimento anche ai dati definiti sensibili ovvero idonei a rivelare lo stato di salute.

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati anche sensibili, nell'ambito delle finalità e modalità di cui alla presente informativa e nei limiti cui il mio consenso fosse richiesto ai fini di legge, in particolare per:

- [x] l'acquisizione dei dati personali e sensibili così come indicati dall'informativa;
- [x] la comunicazione dei dati a terzi come indicato nella presente informativa.
- [x] la pubblicazione sul sito web e/o sulla pagina facebook dell'Associazione di mie fotografie e/o filmati a suo esclusivo utilizzo e solo per finalità non commerciali correlate alle attività della stessa.

Certificazioni mediche di idoneità all'attività sportiva

Mi impegno inoltre a rispettare le disposizioni in materia di certificazioni mediche per l'idoneità all'attività sportiva; allo scopo dichiaro:

- di produrre la certificazione medica per l'idoneità all'attività sportiva entro la data di scadenza di quella precedente o, se trattasi di prima visita, entro la data di inizio dell'attività;
- di essere a conoscenza dell'obbligo delle Associazioni riconosciute dal CONI, e quindi affiliate a Federazioni Sportive Nazionali o a Enti di Promozione, di essere in possesso di certificazione medica che attesti la mia idoneità all'attività sportiva non agonistica, qualora l'attività da me svolta non sia classificata agonistica ai sensi del Decreto del 18/02/1982. In questo caso mi impegno a rispettare le disposizioni contenute nei Decreti Balduzzi del 24/04/2013 e Lorenzin del 08/08/2014, e successive integrazioni e/o modificazioni, sapendo che la certificazione:
 - può essere rilasciata da un medico specialista in medicina dello sport (per tutti) o dal medico di base o pediatra (esclusivamente per i propri assistiti);
 - deve riportare i dati identificativi del medico dichiarante (carta intestata e/o timbro), la firma e la data;
 - deve riportare i dati anagrafici del soggetto (per il suo indubbio riconoscimento), la dichiarazione di aver rilevato i valori della pressione arteriosa, la data del referto dell'ECG visionato e la dichiarazione di aver eseguito la visita e che il soggetto non presenta controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Oppure **richiedo la prenotazione della visita medica in palestra**, comprensiva di elettrocardiogramma, da eseguirsi con medici sportivi abilitati, per il rilascio della certificazione di idoneità all'attività sportiva non agonistica.

Assicurazione

La ASD Polisportiva Garegnano 1976 è affiliata al CONI attraverso le Federazioni Sportive Nazionali di disciplina e ad alcuni Enti di Promozione Sportiva riconosciuti.

I partecipanti alle attività motorie e sportive fruiscono di assicurazione RC e contro infortuni, attraverso polizze nazionali di base stipulate dalle FSN o dagli EPS cui gli stessi vengono tesserati in relazione alla tipologia di attività praticata.

Si segnala che dette polizze di base prevedono una tipologia di indennizzo forfetario (con tabella legata alla tipologia di infortunio, indipendentemente dall'esito più o meno efficace delle terapie e dai costi sostenuti) e le cui condizioni (compresa la percentuale di franchigia applicata) variano a seconda della compagnia assicurativa convenzionata.

Sui siti internet delle FSN e degli EPS e sul sito dell'Associazione (www.polisportivagaregnano.it) sono disponibili le condizioni delle polizze predisposte dalle varie compagnie assicuratrici convenzionate affinché il Socio possa prenderne conoscenza e valutare l'opportunità di stipulare eventuali polizze integrative, il cui costo è da considerarsi aggiuntivo e a carico del Socio stesso (da sottoscrivere presso la segreteria dell'Associazione).

- dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra riportata, di averla compresa e di accettare le condizioni delle polizze base proposte dalle compagnie assicuratrici convenzionate alla FSN o dell'EPS alla/al quale sarò tesserato.**
- richiedo la stipula di una polizza integrativa proposta dalla compagnia assicuratrice convenzionata alla FSN o all'EPS alla/al quale sarò tesserato.**

Abbigliamento

Al fine di favorire la gestione di eventuali ordini dei capi della linea di abbigliamento sportivo dell'Associazione, o per facilitare la gestione di eventuali omaggi segnalo di seguito la mia taglia scegliendo tra le seguenti opzioni:

- la mia taglia è:
- | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | 3/4 anni | <input type="checkbox"/> | S |
| <input type="checkbox"/> | 5/6 anni | <input type="checkbox"/> | M |
| <input type="checkbox"/> | 7/8 anni | <input type="checkbox"/> | L |
| <input type="checkbox"/> | 9/11 anni | <input type="checkbox"/> | XL |
| <input type="checkbox"/> | 12/13 anni | <input type="checkbox"/> | XXL |

Milano, li _____

firma _____

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Per accettazione, su delega del Consiglio Direttivo in attesa della Delibera di ratifica:

Milano, li.....

firma.....